

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

544

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PAR

Joseph LEITNER

Né à Stanislawów, le 19 février 1909.

Contribution à l'étude clinique du
Mycosis fungoïde à type interverti

Président : M. GOUGEROT, *Professeur.*

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS, PALAIS-ROYAL (1^{er})

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PAR

Joseph LEITNER

Né à Stanislawów, le 19 février 1909.

Contribution à l'étude clinique du
Mycosis fungoïde à type interverti

Président : M. GUGEROT, Professeur.

PARIS
LES PRESSES MODERNES
96, GALERIE BEAUJOLAIS, PALAIS-ROYAL (1^{er})

—
1935

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
BULLIARD Histologie.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON Hygiène.
GALLIARD Parasitologie.	LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
GASTINEL Bactériologie.	LACOMME Obstétrique.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
LAROCHÉ (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.

LEVEUF Pathologie chirurgicale.
M^{lle} J. LÉVY . Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.

MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.
BEZANÇON
(Justin) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI.
ALAJOUINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DUVOIR.
DONZELOT.
HARVIER.
LIAN.
PASTEUR-VAL-
LÉRY-RADOT.
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUÉNU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ Puériculture.
FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551619_0033

A MES CHERS PARENTS

Qui se sont imposés tant de sacrifices
pour me permettre d'achever mes études
médicales.

Je dédie ce modeste témoignage d'affec-
tion, de piété filiale et de reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Professeur de Clinique de Dermatologie et de Syphilographie
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin à l'Hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉVY-FRANCKEL

Assistant à l'Hôpital Saint-Louis.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Faible témoignage de notre estime et reconnaissance.

INTRODUCTION ET DEFINITION

Le mycosis fungoïde, à type interverti est une affection cutanée chronique, débutant par l'apparition des tumeurs fungoïdes, suivies dans un délai plus ou moins long des manifestations cutanées, de même genre que les éruptions prémycosiques, dans la forme classique d'ALIBERT-BAZIN.

Les auteurs français, sans en faire une forme clinique spéciale, ont connu et décrit cette évolution à type interverti.

BAZIN, en 1876, écrivait : « Nous avons montré la maladie se développant par une série très régulière des manifestations; les taches au début, puis les plaques, indurées, et en dernier lieu, les tumeurs. Mais ces périodes ne sont pas toujours, à beaucoup près, aussi bien dessinées dans la nature. Il peut arriver, par exemple, que le mycosis s'établisse d'emblée à la 3^e période. Le mycosis se trouve alors réduit à son élément fondamental, la tumeur fungoïdique; mais le plus souvent, les éruptions accessoires ne tardent pas à apparaître, et l'on constate une sorte d'*intervention* dans l'ordre habituel des phénomènes. »

Les auteurs allemands, K. HERXHEIMER et H. MARTIN ont individualisé cette variété de l'évolution de

la forme classique d'ALIBERT-BAZIN, sous le nom de « Typus inversus », et la décrivent, comme un sous-groupe de la forme de mycosis fungoïdes d'emblée, de VIDAL et BROCC.

ETIOLOGIE

L'étiologie de cette affection est entièrement obscure. L'agent causal n'est pas encore connu. En se basant sur les observations cliniques, nous passerons en revue tous les facteurs qui peuvent entrer en ligne de compte, dans l'étiologie de cette affection.

Le mycosis fungoïde à type interverti est une affection de l'âge avancé. Le début de l'affection, dans la jeunesse et à l'âge adulte est rare, exceptionnel dans l'enfance. Sur l'ensemble de ces malades, H. MARTIN l'a observée dans 10% des cas au-dessous de 30 ans, 17 % entre 30 et 50 ans, 73 % au-dessus de 50 ans. PALTAUF situe le début entre 40 et 60 ans.

Le sexe masculin paye un plus grand tribut que le sexe féminin, à cette affection.

Le facteur familial ou héréditaire ne joue aucun rôle dans l'étiologie de cette affection.

Les conditions hygiéniques, ou le genre de la vie, n'exercent non plus aucune action prédisposante. En effet, on l'observe dans toutes les couches sociales de la société, dans divers pays et chez diverses nationalités.

La coïncidence de la syphilis et de la tuberculose dans quelques cas de M. f. pose le problème des rap-

ports de cette affection, avec certaines maladies infectieuses.

Certaines données — observées dans les cas de M. f. — l'anergie à la tuberculine (ROSENTHAL et MARTENSTEIN) lésions pulmonaires (KUZNITZKI) combinaison de lupus érythémateux (THRONE), donnent des présomptions, mais ne fournissent pas de réponse définitive.

ETUDE HISTOLOGIQUE

L'examen de la structure histologique des éruptions, ne montre aucun caractère spécial distinctif.

Etude histologique des tumeurs. Schéma d'après DARIER.

La structure des tumeurs, toujours identique est caractéristique. « Les tumeurs mycosiques sont uniformément constituées par un tissu de structure lymphomateuse ».

DARIER considère le mycosis fungoïde comme une lymphadémie atypique, voisine mais distincte de la lymphogranulomatose. « Un fin réseau adénoïde, dont les travées s'appuient sur les parois vasculaires, est gorgé de cellules diverses. Polymorphisme très marqué des éléments cellulaires, avec une forte prédominance d'une certaine variété de cellules lymphoïdes du type leucoblaste ».

Les karyokinèses sont nombreuses.

Les éléments qu'on trouve sont : des lymphocytes, des grands mononucléaires, des moyens mononucléaires, des espèces intermédiaires du type lymphocyte embryonnaire (ou lymphoblastes). On a remarqué encore des polynucléaires, des mastzellen (LEREDDE) des plasmocytes, des cellules épithélioïdes.

Cette infiltration cellulaire prédomine autour des

vaisseaux qui peuvent présenter des lésions. Ils sont dilatés ou oblitérés; leurs parois sont épaissies; leur endothélium est le siège de phénomènes de diapedèses.

Les altérations occupent toute l'épaisseur du derme, et parfois s'étendent au tissu cellulaire sous-cutané. L'épiderme qui recouvre la tumeur présente de l'hyperacanthose, ou est aminci par distension; « on y trouve quelquefois en grand nombre des « nids cellulaires » pleins de cellules lymphoïdes; cette constatation a une grande valeur diagnostique.

Le sang. — Point de formule sanguine caractéristique et même au cours de la période d'état, on peut trouver un sang normal, ou seulement un léger degré de l'anémie et d'éosinophilie; très communément, le tableau est brouillé par une polynucléose banale et passagère, due à des complications inflammatoires; d'ordinaire à un moment donné plus ou moins précoce, apparaît une lymphocite relative ou absolue, ou plus rarement un indice de réaction myéloïde.

A la période terminale la leucémie lymphatique n'est pas rare.

ETUDE CLINIQUE

L'affection débute par l'apparition subite d'une ou plusieurs tumeurs sous-cutanées. Après un temps plus ou moins long, annoncées par un prurit intense, les éruptions cutanées s'installent.

Elle se présentent sous deux aspects :

a) une forme plus ou moins généralisée des exanthèmes. Dans l'observation de BESNIER et HALLOPEAU, il s'agissait même d'une dermatite exfoliative de toute la surface tégumentaire.

b) une forme localisée, au pourtour des tumeurs.

Les modifications tégumentaires de cette variété, ont été décrites, comme éruptions érythémato-urticariennes.

A. — MORPHOLOGIE DES LÉSIONS.

La forme des tumeurs est en général en saillie nette, et bien circonscrite. Ces masses augmentent de volume assez rapidement, et peuvent atteindre en quelques jours la grandeur d'un grain de raisin. Certaines de ces tumeurs restent stationnaires, mais le plus grand nombre continuent à grossir, en se développant dans tous les sens, pour acquérir des pro-

portions assez considérables, le volume d'un œuf de poule, et même elles dépassent cette dimension.

Il arrive, pour les tumeurs de grand volume, que plusieurs d'entre elles se fusionnent; alors la masse unique prend l'aspect multilobé, par suite des sillons plus ou moins profonds qui la traversent.

Quand il n'y a rien qui puisse gêner le développement de ces tumeurs, leur forme reste régulière, arrondie, hémisphérique.

Dans le cas contraire, elles affectent des aspects très différents, et quelquefois très irréguliers.

Certaines de ces tumeurs ont une base large, qui se continue avec les téguments environnants, sans transition bien nette. D'autres, au contraire, se dégagent de la surface cutanée brusquement et perpendiculairement.

Tout au début de leur évolution, elles ont une surface lisse, polie, comme vernissée. La peau qui les recouvre est distendue, et elle a perdu ses plis naturels.

La coloration, qui d'ordinaire est peu prononcée sur les excroissances naissantes, ou de petits volume, devient rougeâtre ou violacée sur les tumeurs de grandes dimensions. On a comparé ces masses à des tomates mûres, qu'on a posé sur la peau.

Leur consistance est dure, ferme, le plus souvent élastique. Le doigt qui presse dessus éprouve une grande difficulté pour les déprimer.

Plus tard, sous l'influence des différents facteurs, ces tumeurs subissent des modifications. Elles se dis-

tendent petit à petit, et subissent les processus d'un travail ulcératif.

La naissance et la croissance de ces productions mycosiques se font sans éveiller autour d'eux de sensations marquées. La douleur spontanée n'existe presque pas.

Toutes les tumeurs, si volumineuses qu'elles soient, font corps avec la peau et restent mobiles avec elles, à tous les stades de leur développement.

Lorsqu'elles ont atteint une certaine grandeur, variant avec la tumeur, leur volume s'arrête de progresser, pendant un temps plus ou moins long. Leurs caractères principaux restent sans aucun changement apparent, pour une période assez durable. Or, cette sorte d'équilibre, qui peut durer des mois, s'interrompt un jour, laissant la place à des phénomènes qui concourent à la disparition de la tumeur par voie d'ulcération, ou bien elles peuvent se résorber sans ulcération.

Dans la plupart des cas, le processus ulcératif de désorganisation envahit le pourtour des tumeurs, en leur épargnant la forme, le volume et la consistance. Le travail destructif ne lèse que superficiellement la surface du derme, et n'a aucune tendance à envahir en profondeur. L'aspect de l'ulcération est terne. Il se produit une sécrétion peu abondante à sa surface. Les croûtes qui prennent naissance n'ont aucun caractère distinctif. La sensibilité est très obscure à ce niveau, mais elle n'est pas abolie. Or, il n'en est pas toujours ainsi; il arrive, plus rarement, que les phé-

nomènes de désorganisation suivent une marche différente. Ils commencent par le centre de la tumeur pour aller vers la périphérie. L'excroissance est atteinte ainsi, dans toute sa masse; elle change de consistance, en se ramollissant. Parfois elle devient presque fluctuante; à ce moment, elle s'ouvre à l'extérieur, en laissant sortir un produit ichoreux, souvent puriforme d'une odeur repoussante. La cavité des ulcérations est taillée à pic; elle a un fond anfractueux et profond. Les bord sont irréguliers. L'intérieur de l'ulcération baigne dans le pus. Parfois on voit à la surface des croûtes épaisses. Le travail de destruction peut envahir les autres tissus voisins, et même en profondeur.

Lésions des poils. — Les tumeurs de mycosis, si elles se développent sur les parties abondamment pourvues des poils (sur le cuir chevelu, les arcades sourcilières, les pubis, les aisselles), entraînent la chute de ces derniers, et produisent l'alopecie en plaques plus ou moins étendues.

Lésions des ongles. — Les ongles aussi subissent des altérations; ils deviennent jaunes, amincis, cassants, déformés.

En général, il n'y a pas d'hypertrophie des ganglions. Un prurit intense annonce la survenue des éruptions cutanées.

Eruptions post-mycosiques. — Des éruptions cutanées peuvent suivre le développement des tumeurs, sous forme de taches rosées ou rouges, ayant des configurations diverses ou arrondies. Les éléments

occupent des parties différentes du corps. Leur nombre et leurs dimensions sont variables. Ils peuvent être petits et isolés, ou bien plus larges et plus nombreux; quelquefois ils forment des larges figures en se réunissant par leurs bords. Parmi ces taches, la plupart ne durent que très peu de temps; mais à leur place ou sur la peau saine naissent d'autres taches. Ces dernières suivent des alternatives d'apparition et de disparition pendant un temps assez long. Leur caractère mobile et fugace, à un moment donné cesse d'exister, et fait place à un état de fixité et de persistance. La teinte devient plus prononcée. D'ordinaire, elles ne sont pas proéminentes. Elles s'accompagnent des phénomènes de prurit intense, et de sensations de cuisson. On peut confondre ces éléments à l'urticaire.

Plus tard, ces taches, congestionnées, qui avaient une certaine souplesse, se surélèvent, s'épaississent et prennent l'aspect de plaques ovales ou arrondies, de dimensions moyennes.

Ces plaques donnent au toucher la sensation d'une saillie sèche et rude. Elles peuvent rester isolées sur certains endroits, ou bien elles confluent avec d'autres; elles occupent alors de larges surfaces tégumentaires.

A une période plus avancée, leurs propriétés nouvellement acquises s'accroissent encore. Leur saillie et leur épaisseur augmentent; leur surface devient rugueuse au doigt, et prend l'aspect mamelonné; elle se recouvre de squames blanchâtres qui tiennent for-

tement aux tissus sous-jacents.

Ces plaques, comme nous venons de le dire, ne sont pas mobiles, comme les taches. Elles peuvent exister en même temps que ces dernières, dans une même région ou dans des régions différentes.

Il arrive même assez souvent que ces plaques disparaissent de la plaie qu'elles occupaient pendant plus ou moins longtemps. On assiste à une sorte d'amélioration. Or, des nouvelles poussées éruptives réapparaissent. Ces plaques ont tendance à s'étendre sur toute la surface du corps. Elles s'infiltrant et se lichénifient plus ou moins. Beaucoup d'entre elles suintent, s'eczématisent.

Dans l'intervalle de ces diverses lésions, il reste de la peau saine, en apparence du moins, et c'est là un caractère *hautement spécifique* (LEREDDE).

Il peut se former, sous l'influence du grattage, ou par suite d'autres irritations de la peau, des éruptions papuleuses ou vésiculeuses qui se recouvrent de squames fines, ou même de croûtes molles, semblables à celle de l'eczéma.

B. — SYMPTÔMES GÉNÉRAUX ET ÉVOLUTION.

Les symptômes généraux qu'on observe au cours de M. f. sont les conséquences du marasme lié à la chronicité d'évolution de la maladie. Mais, pour la plus grande partie, ils résultent, comme d'ailleurs, les nombreuses complications, qu'on voit surgir au

cours de cette affection, d'un état septique plus ou moins prononcé.

L'imprégnation continuelle de l'organisme par des substances infectantes, provenant soit des lésions elles-mêmes, soit résorbées au niveau de la peau, par suite d'une pyodermite infectieuse secondaire, provoquent une élévation thermique, qui finalement prend l'aspect typique d'une courbe septicémique, avec parfois de l'hypothermie.

L'intoxication de l'organisme se manifeste également par une diarrhée, profuse, intarissable.

Les œdèmes — même sans participation évidente du cœur — s'ils ne sont pas explicables par une cause locale, sont alors provoqués par la débilité générale de l'organisme, ou imputable à des néphrites, par infection pyogène, comme le démontre souvent l'autopsie. Chez ces malades affaiblis, prostrés, on voit souvent survenir des pneumonies hypostatiques ou de déglutition, comme complication terminale.

L'exagération de la sécrétion sudorale qu'on constate fréquemment chez ces malades, s'explique par l'infiltration des glandes sudoripares, par le processus mycosique local.

Les symptômes nerveux ne diffèrent en rien des faits analogues, constatés au cours des autres maladies chroniques graves.

Chez les femmes, les irrégularités des fonctions génitales, dysménorrhée et aménorrhée, ont été souvent observées.

La transformation maligne des tumeurs mycosi-

ques, dans les cas qui, heureusement, sont rares, précipite le dénouement fatal de la maladie.

C. — DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de M. f. à type interverti est difficile. Il doit se faire par l'accord des données de l'observation clinique, avec les recherches du laboratoire, à savoir les examens histologiques de la pièce de prélèvement et l'examen du sang.

Avant l'apparition des manifestations cutanées, il s'agit de le différencier des autres affections s'accompagnant des tumeurs cutanées.

Les affections à éliminer sont : les leucémies et les pseudo-leucémies, la maladie de Hodgkin, les formations végétantes, cutanées de la syphilis, tuberculose, blastomycose et des sarcomes cutanés.

Nous rappellerons brièvement les caractères essentiels des tumeurs mycosiques :

D'habitude, elles sont nombreuses, localisées au hasard, de grandeurs différentes, de consistance ferme et élastique, implantées sur une base large, faisant saillie nette à la surface de la peau, mobilisable sur des plans sous-jacents, intimement liées aux couches choriales superficielles, de coloration lisse, brillante, souvent rouge vive, en vieillissant, elles présentent une teinte blafarde, passent au bleu-brun-rouge, avec la conservation d'un bon état général.

Les lésions leucémiques de la peau peuvent être

bien distinguées des tumeurs mycosiques, par l'examen de la formule sanguine. Dans le M. f. à type interverti, cette formule est normale, ou montre une légère déviation non caractéristique, dans le sens d'une éosinophilie.

Par contre, les difficultés sont plus prononcées, s'il s'agit des tumeurs pseudo-leucémiques.

Leur disposition symétrique, leurs limitations à quelques parties du corps, avec prédilection pour la face, leur faible tendance au ramollissement, leur ténacité extraordinaire, enfin un examen rigoureux de la formule sanguine, doivent faire éviter l'erreur de les confondre avec des tumeurs mycosiques.

Une participation ganglionnaire dès le début de l'affection ne s'observe jamais dans le tableau clinique de M. f. à type interverti. Ce fait est un des caractères distinctifs de première importance, dans le diagnostic différentiel, avec les affections sus-mentionnées.

Dans le diagnostic différentiel avec les différents sarcomes cutanés, avec les néoformations granulomateuses de la syphilis, de la tuberculose, blastomycose, c'est l'examen histologique qui peut trancher la question.

Le diagnostic différentiel avec la maladie de Hodgkin offre les plus grandes difficultés.

Dans la forme clinique, ou la lymphogranulomatose, commence par une tumeur cutanée (KREN), fait qui d'ailleurs est contesté par plusieurs auteurs, et où à la suite de ce symptôme solitaire, cantonné à la

peau, des exanthèmes, polymorphes prurigineux apparaissent, la confusion avec le M. f. à type interverti est difficile à éviter. Pour le diagnostic différentiel, on doit se baser sur l'aspect de la tumeur, qui se présente habituellement, sous forme d'un infiltrat brunâtre, sur les résultats de l'examen somatique du malade et sur les caractères histologiques de la tumeur. Dans ces cas l'absence de processus de caséification, la présence des fortes néoformations conjonctives, l'extrême rareté de cellules de Sternberg à l'examen histologique doivent plaider en faveur de M. f. à type interverti.

OBSERVATION N° 1.

Mycosis fungoïde interverti, par MM. R.-J. WEISSENBACH, A. LÉVY-FRANCKEL, F. CAILLIAU, J. MARTINEAU et M. LACHTER. (Bull. Soc. Derm., 1935).

Le malade A. B..., clerc d'avoué, âgé de 24 ans, entre le 4 janvier 1935, salle Cazenave, lit 9, pour une tuméfaction de l'aîne droite et de la partie inférieure de l'abdomen, accompagnée d'érythrodermie. Il a été complètement bien portant, jusqu'au début de mai 1934, exception faite d'une rougeole survenue à l'âge de 9 ans, accompagnée d'oreillons, et d'une grippe à forme intestinale à 20 ans.

Au début de mai 1934, il dit avoir constaté, par hasard, la présence d'une petite tumeur de l'aîne droite, tumeur qu'il a prise pour un ganglion.

Elle avait les dimensions d'une amande, une forme ovale, une consistance dure et était complètement indolore; elle est apparue sans avoir été précédée, ni accompagnée d'une éruption quelconque, ni de prurit. Prise pour une

adénopathie bacillaire, elle a été traitée par une dizaine de séances des rayons ultra-violet, et par de l'iode per os (Eranol) pendant 3 à 4 mois.

Le volume de la tumeur est resté le même jusqu'au milieu du mois d'août. A cette époque, 48 heures après une exposition au soleil de 2 à 3 heures de la région correspondant à la tumeur, ainsi que du quart inférieur droit de l'abdomen, du scrotum et de la partie supérieure de la cuisse, est apparu un érythème non prurigineux, mais qui bientôt devint desquamatif, en même temps, la tumeur aurait augmenté de volume.

En septembre, alors que la plaque d'érythème desquamatif est restée dans le même état, le malade remarque que la tumeur triple de volume dans l'espace d'un mois et déborde légèrement la région inguinale.

C'est vers la fin de novembre que l'érythème desquamatif se généralise, gagnant les membres inférieurs et notamment la plante des pieds, puis les membres supérieurs et la face. La desquamation est purpuracée; l'érythème atteint également le thorax, mais reste plus discret à ce niveau; il n'est pas prurigineux; il n'existe aucune lésion des phanèses.

A ce moment, l'état général, bon jusqu'alors, commence à décliner; le malade présente de l'asthénie et est obligé de s'aliter; il n'a jamais eu de fièvre.

Etat, le 4 janvier 1935. — 1° La tumeur se présente sous forme d'une saillie mamelonnée, de forme à peu près régulièrement arrondie, du volume d'une tête d'enfant. Sessile, à base dure et nettement arrêtée, de consistance dure en certains endroits, plus ou moins ramollie en d'autres, elle rappelle assez exactement la comparaison classique de la moitié d'orange, posée sur la peau. Elle siège dans la région inguino-serrotale droite, débordant de deux travers de doigt sur la cuisse et de trois travers de doigt sur la partie inférieure de l'abdomen.

La coloration générale est jaunâtre, avec en certains points d'un rouge vif. Les régions avoisinant la tumeur, en particulier la verge et le scrotum, sont œdématiées.

2° Tout autour de la masse fungoïde existe un placard rouge sombre, à bords surélevés, étendu du tiers inférieur de l'abdomen à la fosse iliaque droite, jusqu'au tiers supérieur et à la face externe de la cuisse; nettement infiltré,

épaissi et saillant, il est découpé en certains points par des plaques de peau saine, à bords nettement arrêtés.

Ce placard est postérieur de plusieurs mois à la tumeur signalée plus haut.

3° Enfin, il existe, sur la face, le cuir chevelu, les oreilles, un érythème squameux de coloration rose plus pâle que le placard infiltré de la région abdomino-crurale. La peau est recouverte des squames de petites dimensions et de teinte blanchâtre; cet aspect érythémato-squameux existe également sur les régions palmaires et plantaires où il est surtout marqué au talon et à l'avant-pied.

Aucune de ces manifestations cutanées n'est prurigineuse; il n'y a pas d'adénopathie axillaire; la rate n'est pas palpable; le foie ne débord pas les fausses-côtes. Les muqueuses paraissent normales; il n'y a pas de fièvre.

Une ponction faite dans la tumeur, le 10 décembre, n'aurait ramené que du sang pur. La réaction du Frei a été négative. L'examen hématimérique pratiqué à jeun le 10 janvier avant la radiothérapie a donné les résultats suivants :

Globules rouges 3.890.000 par mm³

Globules blancs 8.000 —

Equilibre leucocytaire :

Poly. Neutro. 60 %

Poly. Eosino. 3 %

Lymphocytes 28 %

Monocytes 2 %

Le malade a été soumis à la radiothérapie dans le service du docteur BELOT : 6.000 R, en douze séances d'une heure, 200 Kw (lu-2 Al) à 50 cm.

Le 28 janvier 1935, après douze séances de radiothérapie, la tumeur a diminué de volume; mais elle présente deux ulcérations cratériformes, à fond recouvert d'un enduit épais, diphtéroïdes, limitées par un bord surélevé, figurant un ruban rouge rosé de deux millimètres de large environ, à disposition générale arciforme.

Le placard abdomino-crural a notablement diminué d'épaisseur; en certains points, il ne persiste qu'un aspect purement érythémateux, sans infiltration; cet aspect érythémateux est uniforme; en même temps que l'infiltration a disparu, se sont atténuées les réserves de peau saine signalée lors de l'entrée du malade.

Examen histologique.

Deux biopsies ont été pratiquées chez le malade, l'une sur

le bord du placard infiltré érythémateux, l'autre au niveau de la tumeur.

1° Biopsie du placard érythémateux.

L'épiderme acanthosique présente un allongement des crêtes interpapillaires; il est aminci au-dessus des sommets papillaires. La kératinisation est régulière, les mitoses sont nombreuses, l'exocytose légère. Pas de nids leucocytaires. La pigmentogénèse est normale.

Le corps papillaire du derme montre à l'imprégnation argentique (méthode de HORTEGA), une amplification de l'aspect réticulé normal : le réseau des fibres grillagées de réticuline et plus dense que normalement, les cellules réticulaires, les histiocytes libres et leurs dérivés directs ou éloignés sont plus nombreux (histiocytes, petits lymphocytes, plasmazellen). Les polynucléaires sont très rares.

Au centre des papilles les vaisseaux sont parfois ectasiés, parfois monoliformes par ectasie et rétrécissements successifs, parfois oblitérés. Certaines lumières vasculaires ectasiées sont partiellement oblitérées par des amas des cellules histiocytaires nées de l'endothélium, tendant par place à dissocier la paroi du vaisseau, et à le mélanger aux cellules hyperplasiques qui entourent les vaisseaux.

La lésion initiale semble répondre à une prolifération des histiocytes périvasculaires, et des histiocytes intravasculaires d'origine endothéliale.

Ces lésions envahissent le derme moyen; sous le corps papillaire, les cellules hyperplasiées accompagnent les vaisseaux qu'elles engainent de manchons, offrant en coupe oblique ou transversale, l'aspect de foyers nodulaires composés d'histiocytes, de lymphocytes, de plasmazellen; ces cellules sont réparties dans un réseau plus discret des fibres grillagées.

La topographie de ces foyers est très précise; la plupart d'entre eux sont périvasculaires; les autres sont répartis autour des vitrées des glandes et follicules pilo-sébacés de glomérules et des trajets sudoripares autour des muscles lisses du poil, dans la gaine de Henle des troncs nerveux, dans la lumière même des vaisseaux (histiocytes endothéliaux). Ils occupent, en somme, le tissu lâche séparant glandes, vaisseaux et nerfs du tissu conjonctif fibreux, c'est-à-dire les régions qui sont les localisations du tissu réticulo-endothélial résiduel.

On note l'existence de foyers semblables dans la graisse du pannicule adipeux et autour des vaisseaux, nerfs et mus-

cles striés superficiels et l'hypoderme.

2° Biopsie au niveau de la tumeur.

L'épiderme hyperkératosique ou parakératosique suivant les zones, est papillomateux, envahi par des cellules d'exocytose et infiltré d'œdème.

Le corps papillaire du derme comporte des papilles allongées, élargies, gonflées et œdémateuses. La trame vésiculaire des fibres grillagées et très dense, les cellules réticulaires ont leurs attaches rompues par le plasma transudé, les histiocytes libres sont vasculaires, mêlés à des petits lymphocytes, des plasmazellen, des polynucléaires neutrophiles. Les lésions sont identiques à celles du placard érythémateux mais plus riches en œdèmes et envahies par les polynucléaires. On retrouve dans les zones de tissu lâche du derme moyen les mêmes foyers périvasculaires, périglandulaires, périnerveux et périmusculaires, riches en histiocytes péri et endovasculaires en lymphocytes en plasmocytes. Ces foyers sont d'ailleurs plus diffus et des coulées cellulaires dissociant les fibres collagènes les réunissent, les uns aux autres.

On remarque l'atrophie des follicules pilo-sébacés et des phanères et les oblitérations vasculaires totales sont fréquentes. Dans la zone profonde, près de l'hypoderme, les histiocytes prolifèrent d'une façon homogène, et certains d'entre eux offrent des noyaux volumineux, métatypiques. Ces éléments à limites indécises, à noyaux pâles, allongés, étanchant un réticulum anastomotique, sont semblables aux cellules de réticulo-sarcomes indifférenciés dont ils ont l'aspect syncytial et la disposition fasciculée.

En résumé, le placard infiltré érythémateux répond à une hyperplasie cellulaire, localisée au système histiocyttaire, qui récupère à l'état pathologique son importance de la vie embryonnaire et fœtale, dans ses localisations électives (corps papillaire, zones lâches périvasculaires, périneurales, etc.). Cette réticulo-endothéliose comporte des cellules qui sont pour la plupart autochtones (histiocytes d'origine réticulaire et endothéliale, mêlés à des rares cellules diapédétiques). L'aspect polymorphe de ces cellules puriformes ou étoilées, la vascularisation du protoplasme, l'absence fréquente des nucléoles, les connexions avec les fibroblastes, permettent de les identifier. Leur potentiel évolutif est ici moins accusé que dans les hémato-poïèses réticulo-endothé-

liales observées au cours des certaines leucémies cutanées.

En profondeur, cette hyperplasie histiocytaire fait place à un processus néoplasique malin qui semble répondre au réticulo-sarcome indifférencié où la cellule garde le caractère embryonnaire, type différent de ce fait des néoplasmes habituellement signalés dans le mycosis fungoïde et qui répondent d'ordinaire à des néoplasmes plus évoluées; lymphocytomes, lymphosarcomes, myélosarcomes. Le fait est intéressant à souligner puisqu'il est vraisemblablement en corrélation avec les particularités cliniques relevées dans notre cas : mycosis fungoïde d'emblée, développement rapide de la tumeur, placard infiltré érythémateux péritumoral et érythrodermie généralisée consécutifs à l'apparition et au développement de la tumeur.

OBSERVATION N° 2

par H. MARTIN. *Archiv. f. Dermat.*, 1925, p. 425.

Homme âgé de 37 ans, bon état général, était toujours bien portant, n'avait jamais présenté des lésions cutanées. Le début remonte à deux mois avant son entrée à l'hôpital, par un petit nodule au niveau du coude droit, qui s'accroît lentement, formant tumeur, et s'accompagne de peu de démangeaisons. Traité par son médecin, avec des pommades et rayons ultra-violets.

Examen du malade.

Au-dessous de l'épicondyle du coude droit, on sent une infiltration plate de volume d'une noix recouverte par une peau légèrement cintrée, de dimensions d'une pièce d'un franc, faiblement colorée en bleuâtre-brunâtre-rouge avec éclat lichénoïde, écorchée en deux endroits et recouverte par des croûtelles sanguines. La tumeur fait corps avec la peau qui la recouvre, mais toute la région malade est parfaitement mobilisable par rapport aux plans sous-jacents. Pas de ganglions régionaux, ainsi que d'autres adénopathies. Par ailleurs, l'examen de la peau et des autres organes ne montre rien de particulier.

La réaction de B.W. est négative.

Comme l'aspect clinique rappelle en quelque sorte le M. f. d'emblée, on a extirpé toute cette région malade, aussi

bien pour des raisons thérapeutiques, que pour un examen histologique, afin de confirmer le diagnostic clinique.

Examen histologique.

Epithélium mince, dilaté par la poussée de la tumeur, se développant en masse, réduit par endroits à trois ou quatre couches.

Cellules épithéliales sans changement notables, couche kérato-hyaline conservé, couche cornée amincie.

La couche papillaire étalée et comme le chorion infiltré à partir de la limite épidermique, jusqu'au tissu cellulaire grasseux, sous-cutané, traversé par une infiltration cellulaire diffuse, de densité faible au niveau des couches superficielles et profondes, se ressert et condense en amas et lambeaux épais, correspondant à la hauteur des stratifications subpapillaires. Dans les parties d'infiltration moins dense, on reconnaît au faible grossissement le tissu conjonctif abondant, qui, clivé et disloqué par l'infiltration cellulaire, se prolonge irrégulièrement dans l'infiltrat. Au niveau des foyers d'infiltration massive, les septa conjonctives rayonnantes du voisinage se perdent peu à peu dans le chaos cellulaire. Au fort grossissement, on trouve encore entre les éléments d'infiltration cellulaires des fibrilles conjonctives collagènes, discontinues, irrégulières et par endroits effilées. Les fibres élastiques, bien conservés par endroits où l'infiltration est relativement faible, diminuent peu à peu dans les régions d'infiltration massive, où on ne retrouve que des faibles résidus et seulement à la périphérie, tandis qu'ils disparaissent de la partie centrale. L'apparition nette du tissu conjonctif de soutien, au niveau des gros nœuds d'infiltration compacte, indique une confluence de plusieurs petits foyers isolés.

Même au faible grossissement on est frappé par le polymorphisme excessif de cellules d'infiltration. Au milieu d'une diversité irrégulière, tantôt massées en nodules, par endroits clairsemées ou logées isolément dans un tissu conjonctif disloqué, on trouve dans un chaos cellulaire sans structure distincte, des cellules frappant par leurs dimensions, leur volume varié, leur forme diverse, leurs limites indécises, avec un corps protoplasmique abondant et dont les noyaux rond-ovales, parfois en forme de haricots, se colorent d'autant mieux, qu'ils sont plus volumineux.

Dans leurs formes, ils rappellent par plusieurs points les

cellules épithélioïdes, en partie les cellules endothéliales appartenant à plusieurs néo-vaisseaux, disséminés dans les tissus, ou bien ils sont par leur aspects voisins aux fibroblastes, si leur protoplasme présente plusieurs prolongements étoilés et ramifiés. A côté de ces formes cellulaires on trouve encore des autres cellules qui prennent part à la formation de l'infiltrat.

Des petites cellules rondes à noyaux foncés, avec mince halo protoplasmique, basophile à peine visible, correspondent par leur aspect aux lymphocytes typiques. A côté des cellules conjonctives, minces, allongées, cellules plasmotiques isolées, on ne trouve ni des leucocytes polynucléaires, ni des Mastzellen.

Des cellules géantes rappelant par leur forme les cellules géantes de Langhans, contenant jusqu'à quinze et même plus de noyaux, en partie déjà méconnaissables, logés principalement à la périphérie, sont représentées par des éléments isolés. On les trouve dans les parties superficielles, moins infiltrées, voisines de l'épiderme et ils manquent complètement dans la partie d'infiltration massive.

Une teneur extrêmement abondante des tissus en vaisseaux sanguins, surtout au niveau des zones, d'infiltration dense et nodulaire. A l'intérieur de ces vaisseaux, on trouve par places des lymphocytes, des leucocytes parmi lesquelles on reconnaît des rares éosinophiles. Au niveau des quelques vaisseaux on trouve un tissu de granulation, perçant la paroi et aboutissant à l'oblitération partielle de la lumière vasculaire.

Dans d'autres endroits les vaisseaux sont complètement oblitérés par le même processus, et leur contour n'apparaît que par la coloration « élastique ». On voit alors ressortir d'une manière distincte, les limitantes élastiques, au sein de l'infiltrat. Les annexes de la peau encore reconnaissables, enserrés dans un infiltrat, sont complètement détruites dans leurs parties périphériques, par le même processus.

Evolution ultérieure.

La plaie opératoire guérit parfaitement. Comme médicaments, on administre au malade « pillulae asiaticae ». Trois semaines après l'extirpation de la tumeur, survient subitement un prurit intense. Pas de changements objectifs, sauf quelques excoriations allongées du grattage. Traitement par la poudre. Une semaine après le début du prurit, apparais-

sent des petits nodules isolés, fermes, ronds, de grosseur d'une tête d'épingle, d'éclat brillant lichénoïde, de couleur brunâtre-rouge, recouverts en partie par des croûtelles sanguines, surtout distinctes sur la partie latérale du tronc au-dessus des fesses, sur la peau du bas-ventre et la face externe et interne des cuisses. Le prurit persiste. Excision d'un de ces petits nodules, pour l'examen histologique.

Examen histologique,

Epithélium mince, couche cornée partout existante. Stratum granulosum bien conservé. Au sein de la couche de Malpighi on trouve par endroits des petits espaces creux, entourés de cellules réticulées, particulièrement volumineuses, bien colorées, à limite protoplasmique indénise, avec gros noyaux très clairs, et dans l'intérieur de ces espaces creux des masses fibrineuses et des débris cellulaires. Couche germinative distincte. On ne constate pas d'augmentation de nombre des mitoses.

Des papilles normales sont très nombreuses. Déjà, au faible grossissement, en tissu très riche en cellules, on est frappé par la présence des grosses cellules claires. Le siège principal des altérations se trouve dans la couche sous-papillaire. En disposition rubannée et côtoyant les vaisseaux sanguins élargis, on trouve des amas denses, composés des cellules diverses et provenant d'agglomération des foyers isolés; cellules particulièrement volumineuses, à noyaux vésiculeux, lymphocytes, cellules conjonctives, cellules plasmatiques isolées, mais pas des cellules géantes. La structure correspond entièrement à celles de l'infiltrat de nodule primaire et ne diffère que par le degré de l'accumulation, à savoir que les cellules d'infiltration ne sont représentés ici qu'en faible densité. Ces infiltrats rubanés se prolongent par places en haut dans les papilles, tandis que vers la profondeur ils sont nettement coupés. Par cette délimitation tranchante en bas ils accentuent l'aspect rubané de ces bandes d'infiltration. Des prolongements de l'infiltrat en haut, correspondent aux nombreuses papilles déjà mentionnées.

Dans les couches profondes du derme plus traces d'infiltrat, exception faite des glandes sudoripares au voisinage desquelles on trouve même profondément des infiltrations faiblement développées, ayant la même composition que celles ci-dessus décrites. Par ailleurs, l'invasion cellulaire ne touche pas profondément l'architecture des annexes cuta-

nées. Sur les vaisseaux sanguins — sauf dilatation — pas de changements. Le tissu élastique, entièrement bien conservé, même dans les bandes de l'infiltrat.

Evolution ultérieure.

On continue le traitement, extérieurement poudre, intérieurement on administre des doses croissantes de l'As. sous forme « pillulae asiaticae ». Sans recours aux rayons X, disparition des nodules brillants, dans l'espace de 3 semaines, avec en même temps diminution, puis disparition du prurit. A la place des nodules lichénoïdes, il ne reste que des taches dépigmentées, de grosseur d'une tête d'épingle. Au cours d'une année de traitement, pas de nouvelles manifestations. Cicatrice de l'excision en bon état. Etat général bon. L'examen du sang, fait toutes les 3 ou 4 semaines et pendant toute la durée de l'observation du malade, sans rien de particulier.

En résumé, il s'agit d'un cas caractérisé *cliniquement* par l'apparition d'une tumeur, s'accroissant lentement, de coloration bleu-rougeâtre, d'un éclat lichénoïde. 3 semaines après l'extirpation de la tumeur, annoncé par un prurit, l'installation d'un exanthème, composé des nodules lichénoïdiens, chacun de grosseur d'une tête d'épingle.

Histologiquement. — Par le polymorphisme de l'infiltration cellulaire, dont les éléments les plus caractéristiques sont formés par des cellules volumineuses de forme variée, de limite indécise, riche en protoplasme et dont les noyaux ronds-ovales se colorent d'autant mieux qu'ils sont plus volumineux. Formule sanguine normale.

Aucun indice, ni de la syphilis, ni de la tuberculose.

Guérison par le traitement arsénical seul, sans recours aux rayons X.

OBSERVATION N° 3.

A propos d'un cas de mycosis fungoïde, par MM. L. SPILMANN, WATRIN et DROUET. (Bul. Soc. Fran. Der., N° 7, 1924).

Nous avons actuellement en traitement à la clinique un malade porteur des tumeurs cutanées multiples dont l'histoire est assez banale, mais que nous avons cru devoir pré-

senter à la Réunion Dermatologique en raison de la rareté des lésions qu'il présente.

Il s'agit d'un cultivateur âgé de 61 ans, Charles L..., originaire des Vosges, qui a gardé une excellente santé jusqu'en 1913. A cette époque il a ressenti un prurit violent au niveau des deux talons, prurit qui a augmenté progressivement d'intensité et qui a fini par se généraliser.

Au printemps 1920, le malade s'aperçut de l'apparition des tumeurs globuleuses, dans la région des poignets; de 1920 à 1924 ces tumeurs se sont généralisées; l'état général s'étant maintenu excellent, le malade a continué à travailler sans s'occuper des tuméfactions cutanées. Il s'est présenté à la consultation de l'Hôpital Maringer le 4 mai 1924, parce que certaines tumeurs étaient devenues douloureuses.

On constate, au moment de l'examen, sur presque toute la surface du corps des zones d'eczématisation, avec placards épaissis et infiltrés, véritables lésions eczémato-lichéniennes, présentant des petites papules à sommet excorié par le grattage. Ces lésions sont surtout marquées au niveau du dos des mains, des poignets, des jambes, des cuisses et du ventre. La peau des mains est épaissie et fissurée. On constate sur les deux avant-bras des nodosités globuleuses variant de la dimension d'une noisette à celle d'une noix, nodosités de consistance molle et liqueuse. Sur l'avant bras droit, se remarque une cicatrice linéaire de 12 cm. de longueur, bordée de tumeurs, qui la rendent exubérante et d'aspect chéloïdien. Cette cicatrice provient d'une plaie par instrument tranchant. On note sur chaque avant-bras la présence de 10 à 12 tumeurs; une d'entre elles siège au niveau du coude droit. Dans la région antérieure du cou, au-dessous du menton, on

observe trois tumeurs un peu plus volumineuses que les précédentes, tumeurs disposées en triple menton. A la racine du nez, au niveau des régions sourcillière et sur le front on constate des lésions identiques; les mêmes tuméfactions se rencontrent sur les genoux, au niveau de la rotule et au niveau des tendons d'Achille. Les régions crurales sont occupées par des gros paquets ganglionnaires. Le malade ressent jour et nuit un prurit intense, qui l'empêche de se reposer et qui l'a décidé de demander conseil. Il a remarqué que les tumeurs augmentaient très lentement et prétend qu'elles ont tendance, à certaines époques de l'année, à s'affaïsser et à polir. Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital elles ont un aspect boursoufflé et une coloration rouge assez prononcé.

L'examen du sang montre l'existence d'une augmentation du nombre des leucocytes (20.000) avec éosinophilie (20 %). On prélève un fragment de la tumeur pour l'examen histologique et on soumet le malade à la radiothérapie, qui au bout de quelques séances amène une diminution du prurit et un affaïssement notable des tumeurs.

L'examen histologique effectué par biopsie d'une tumeur de l'avant-bras, donne des résultats suivants : l'épiderme est normal dans son ensemble, sauf en certains points au niveau desquels on constate une augmentation d'épaisseur de la couche granuleuse et la présence de foyers lymphocytaires envahissant le corps muqueux. Le corps papillaire du derme et le derme sous-jacent, sont le siège d'un infiltrat cellulaire réparti dans les mailles d'un réseau mis nettement en évidence par le vert-lumière sur les préparations colorées à l'hémalum. Cet infiltrat cellulaire est composé de lymphocytes reconnaissables à leur noyau très chromatique, de gros mononucléaires à noyau très clair, de polynucléaires, de leucocytes éosinophiles analogues à ceux décrits par FAVRE et REGAUD dans l'inflammation du tissu conjonctif et enfin de cellules épithélioïdes. Cet infiltrat est surtout dermique; les glandes sudoripares et les vaisseaux sont entourés d'un manchon lymphoïde.

Les résultats de l'examen histologique et notamment la présence de petits nids cellulaires remplis de lymphocytes, dans le corps muqueux, nous portent à penser qu'il s'agit

d'un mycosis fungoïde, arrivé au stade des formations néoplasiques. La rapidité avec laquelle on obtient la réduction des tumeurs à l'aide de radiothérapie plaide en faveur de cette manière de voir.

Il est possible qu'il s'agisse d'un fait intermédiaire à rapprocher des prurigos diathésiques (BESNIER). Les cas de ce genre viennent à l'appui de la conception uniciste des leucémies cutanées.

M. SABOURAUD. — « Ce cas paraît assez obscur tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. On pourrait aussi bien penser au prurigo diathésique de BESNIER. Si on se rattache au diagnostic de mycosis fungoïde, il semble que ce cas peut être considéré comme une forme anormale ».

En résumé (N. d. A.) nous pensons qu'il s'agit, dans cette observation, d'un cas de M. f. à type interverti. L'apparition des tumeurs, avec signes prodromiques de prurit — chez un homme âgé, jusque-là bien portant — tumeurs de consistance élastique, de coloration rouge, suivies dans les années suivantes, de formation des plaques infiltrées, d'un éclat lidénoïdienne, composées des petites papules excoriées par le grattage, l'efficacité de traitement par les rayons X, les résultats de l'examen histologique, permettent de classer ce cas dans le tableau clinique de M. f. à type interverti.

THERAPEUTIQUE

Comme dans les autres maladies à étiologie obscure et pronostic défavorable, de même dans le cas de M. f. à type interverti, divers traitements ont été essayés. Mais les échecs thérapeutiques ont obligés à délaisser ces tâtonnements empiriques.

Nous n'entrerons pas dans les détails historiques de la lutte contre cette affection.

Parmi les médicaments expérimentés, l'un mérite qu'on lui consacre quelques remarques.

C'est l'arsenic, qui, dans quelques cas, se montrait efficace, et s'il n'est pas un médicament héroïque, néanmoins son rôle d'adjuvant thérapeutique n'est pas négligeable.

On l'utilise dans ses diverses préparations, per os, en injection I. V. et I. M. Les doses par lesquelles on commence sont minimales. On le gradue successivement, jusqu'à des doses massives. Mais on se heurte à beaucoup d'obstacles, l'intolérance aux arsénicaux, l'idiosyncrasie, la longueur du traitement, etc.

Une époque nouvelle dans le traitement de M. f. a commencé avec l'utilisation de la roentgenthérapie, contre cette affection. Les résultats obtenus étaient plus satisfaisants qu'avec le traitement arsénical seul. Mais l'observation a démontré, que même pendant

le traitement des nouvelles tumeurs peuvent apparaître, là où les rayons n'étaient pas appliqués et après le traitement les récidives peuvent se produire.

Les recherches histologiques de HERXHEIMER et HÜBNER sur des pièces de biopsie des malades soumis à l'action des rayons X, expliquent ces faits. Ils ont constatés que les rayons X détruisent des éléments pathologiques, mais même dans les cas qui, cliniquement, étaient guéris, quelques éléments pathologiques restent, c'est ce qui donne lieu à des récidives.

Ils en concluent que, même après la guérison, pendant un certain temps, le traitement est à poursuivre.

Dans les dernières années, on a introduit une méthode thérapeutique nouvelle : le traitement combiné par l'arsenic et les rayons X.

L'arsenic administré pendant la durée de l'application des rayons X et continué après, maintient et prolonge les résultats thérapeutiques.

Comme jusqu'à l'heure actuelle, aucun traitement s'adressant strictement à la cause du mal, n'a été découvert, le traitement arsénico-roentgénologique — dans les cas où l'intolérance à l'As. est absente — fourni des résultats les plus marquants.

Pronostic.

Malgré les progrès réalisés dans le domaine thérapeutique de la lutte contre cette affection — le pronostic est toujours sérieux, défavorable pour le malade. L'affection débutant par des formations tumo-

rales — qui, dans la forme classique d'ALIBERT-BAZIN se montrent après une évolution de plusieurs années parfois — le dénouement fatal de la maladie s'en trouve abrégé. Les cas rares de M. f. à type interverti, avec localisation des transformations mycosiques sur divers organes de l'économie, la transformation maligne des tumeurs, sont de pronostic fatal.

Mais, malgré l'insuccès, quand il s'agit de la guérison radicale du mal, par suite des récents progrès thérapeutique, les grands symptômes de l'affection se trouvent amoindris, réduits, dans leur acuité et la vie du malade prolongé.

CONCLUSIONS

1) Mycosis fungoïde à type interverti, est une variété de la forme classique d'ALIBERT-BAZIN. Connue et décrite par les auteurs français, elle a été individualisée par K. HERXHEIMER et H. MARTIN, sous le nom de « *typus inversus* » de la forme classique, et décrite par eux comme le premier sous-groupe de la forme de Mycosis fungoïdes d'emblée de VIDAL et BROCC.

2) C'est une affection rare, survenant habituellement chez des gens âgés, d'étiologie obscure, d'évolution chronique.

3) Le diagnostic positif se fait par l'examen clinique, qui ne fournit que des présomptions en faveur de cette affection, et surtout par l'examen histologique, qui donne des signes de certitude.

4) Le pronostic est toujours sérieux. Les cas rares de Mycosis fungoïde à type interverti à localisation des transformations mycosiques sur divers organes de l'économie, de transformation maligne des tumeurs, sont d'un pronostic fatal.

5) La guérison radicale est, jusqu'à l'heure actuelle, impossible. Le traitement par les rayons X, et par l'arsenic est seulement palliatif. La diminution et l'amointrissement de l'acuité de grands symptômes

de l'affection et par suite la prolongation de la vie des malades, sont les résultats acquis par les récents progrès thérapeutiques, dans la lutte contre cette affection.

Vu :
LE DOYEN,
G. ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNDT. — Dermat. Zeit, 1911. Zur kenntniss der leukämischen und alenkämischen. Lymphadenose der Haut, mit besonderer Berücksichtigung der klinischen und histologischen Diagnose und Differentialdiagnose.
- BAZIN. — Article « Mycosis » dans l'Encycl. de Sc. méd. Paris, 1876.
- DARIER. — Précis de dermatologie, Paris 1923.
- DUBOIS. — Traitement de Mycosis fungoïdes par les rayons X. Presse méd., 1930.
- FAVRE. — Article Mycosis in Traité de Path. Médicale et thérapeutique appliquée, collection Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, t. XXI.
- GILLOT. — Thèse, Paris, 1869.
- GOUGEROT (H.). — Dermatologie en clientèle. Paris, 1927.
- HARDY. — Article Mycosis in N. dict. de méd. et chir. Paris, 1886.
- K. HERXHEINER et H. MARTIN. — Article « Mycosis fungoïdes » in Jadussohn-Handbuch für Haut-und Geschlechtskrankheiten, t. VIII.
- K. HERXHEINER et HÜBNER. — 10 Fälle von M. f. mit Bemerkungen über die Histologie und Roentgentherapie dieser Krankheit. Archiv. f. Derm. 1907.
- HUDELO, CAILLAU et RICHON. — Tumeurs cutanées à type histologique de lymphocytome atypique. (M. f. d'emblée ou lymphocytome). Bull. Soc. Fr. Derm., 1923.
- LOUSTE et BARBIER. — Mycosis fungoïdes à tumeurs d'emblée. 1^{er} Congrès des Dermatologistes et Syphilographes de langue française. Paris, juin 1922.
- MARTIN (H.). — Beiträge zur Klinik und Histologie der M. f. d'emblée. Archiv. f. Derm., 1925.
- MAYER. — Zur Klinik und Histologie der M. f. d'emblée. Dermat. Z., 1921.
- PAUTRIER et G. LÉVY. — Mycosis fungoïde d'emblée, ou lymphadénie d'origine cutanée. Bull. Soc. Fr. Derm., 1924.
- SPILLMANN, WATRIN et DROUET. — Sur un cas de mycosis fungoïde. Bull. Soc. Fr. Derm., 1924.
- SPREMOLLA. — I tumori nodulari multipli, della cute. Riforma Médica, 1922.
- VIDAL et BROcq. — Etude sur le mycosis fungoïde. France méd., 1885.
- WEISSENBAch, LÉVY-FRANCKEL, CAILLAU, MARTINEAU, LACHTER. — Mycosis fungoïde interverti. Bull. Soc. Fr. Derm. 1935.

